

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)					
1. FILIACIÓN					
Apellidos y Nombres		ANAN LEIDI MONEGRO ROSA DE VERAS		Fecha 25/10/2022	
DNI	04900822406	F. Nacimiento 18/1/1988		Sexo	M () F (X)
Área de trabajo:		OPERADORA		Tipo Licencia:	
Empresa		BARRICK			
Trabaja de noche		Si () No (X)	# días trabajo: 4	# días descanso: 4	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo			2022		
2. ANTECEDENTES PERSONALES					
Ápnea del sueño		Si () No (X)	Último control:		
HTA: Si () No (X)		Medicación: (riesgo >2)			
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si () No (X)			Fecha de última PSG:	N/A	
Antecedente de En de vehículo: (si es NO,		mina: Si () No (X) choque pase a sección 4)		Fuera de mina: Si () No (X) (si es NO, pase a sección 4)	
Detalle lo siguiente de los antecedentes del (los) choques (incidentes o accidentes):					
				SI	NO
Criterio 1: Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)					
Criterio 2 (2 o más es positivo)					
Accidente ocurrido en las últimas 5 horas de un turno nocturno o entre las 14 y 17 horas (tarde)					
AUSENCIA DE evidencia de maniobra evasiva del chofer para evitar la colisión					
Colisión frontal del vehículo contra otro, cayó a un precipicio, río o chocó contra un poste, puente, edificio u otra estructura estática sin motivo aparente					
Vehículo que invadió el otro carril o se desvió sin causa aparente					
El conductor no recuerda claramente lo ocurrido 10 segundos antes del impacto					
El conductor tomó alguna medicación o recientemente terminó un tratamiento con medicinas que causan somnolencia (benzodiazepinas, antihistamínicos, relajantes musculares o antidepresivos, etc)					
El conductor se encontraba en horas extra (excediendo sus horas habituales de trabajo) o realizando días adicionales de trabajo (sobretiempo)					
Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del postulante				SI	NO
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)					
Accidente con alta sospecha de somnolencia (Criterio 2 positivo)					
Accidente con escasa evidencia/ sospecha por somnolencia (solo 1 ítem de Criterio 2)					
No se dispone de datos suficientes para clasificar el (los) incidentes					
Accidente no debido a somnolencia (información suficiente que descarta la somnolencia)					
3. ENTREVISTA AL PACIENTE:					
				SI	NO
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que ronca al dormir					X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme					X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)					X

Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja		X
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?		X

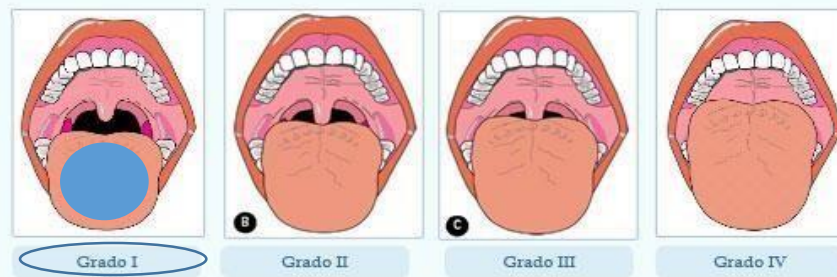
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"		X
Está recibiendo tratamiento para Ápnea del sueño con CPAP		X
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		X

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)	Total puntos (sumatoria) >10**
(Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)	

4. EXÁMEN FÍSICO:

Peso (kg): 63.5	Talla (mts): <u>1.60</u>	IMC (Kg/m2): 24.8 (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: 31 (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si (X) No ()	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si () No ()
P. Sistólica: <u>120</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>80</u> mm Hg	HTA nueva Si () No ()

Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)



5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta	SI	NO
---	----	----

RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)

Criterio A: Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)
Criterio B: Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)

Acción requerida: en **RIESGO ALTO**, el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)

RIESGO MEDIO: (Criterio C, D o E positivo)

Criterio C: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)

Criterio D: Cumple con 2 o más de los siguientes:

IMC mayor o igual a **30**
Hipertensión Arterial (nueva o no controlada con una sola medicación)
Circunferencia del cuello anormal
Puntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16
Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimiento
Índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30

Criterio E: Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV)

Acción requerida: en **RIESGO MEDIO**, el paciente TIENE 3 MESES de aptitud TEMPORAL. Requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño) antes de emitir aptitud por 12 meses.

<u>RIESGO BAJO:</u> Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)	X	
Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura 		
Observaciones/recomendaciones:		